

Penatalaksanaan Okupasi Terapi Dalam Aktivitas Menggunakan Beha Dengan Konsep Bobath Pada Pasien *Stroke Hemiparesis Sinistra* Di Klinik Sasana Husada

Hidayati, E. R. N, Arum Pratiwi, Rita Aliya

Okupasi Terapi Program Pendidikan Vokasi Universitas Indonesia, Depok Jawa Barat

Email: evir96@gmail.com, rita_aliya@yahoo.com

Diterima : 13 Februari 2017

Layak Terbit : 1 Januari 2017

Abstrak

Stroke merupakan serangan otak akibat dari cedera vaskular yang dapat mengakibatkan kerugian permanen pada fungsi neurologis. Tujuan dari intervensi ini adalah untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam aktivitas menggunakan beha dari sudut pandang Okupasi Terapi. Metode yang akan digunakan untuk meningkatkan kemampuan pasien dengan gangguan fungsi, gerak, dan motor kontrol akibat lesi di sistem saraf pusat adalah konsep Bobath. Dengan pemberian 8 kali intervensi dilihat adanya peningkatan dalam kontrol postural dan nyeri yang berkurang pada area bahu. Hasil ini menunjukkan bahwa belum ada peningkatan kemampuan pasien dalam menggunakan beha akibat fraktur yang dialami pasien.

Keywords: Okupasi Terapi, *Stroke*, Beha, *Shoulder*, Konsep Bobath.

Abstract

Management Of Activity Therapy In Activities Using Bra With Bobath Concept In Stroke Patients Hemiparesis Synthesis In Clinical Sasana Husada. Stroke is brain attack due to vascular injury that can damage the brain permanently because of neurologist disorder. The purpose of this intervention is to improve patient's ability to wear bras according to Occupation Therapy's view. The method that will be used to improve the patient ability who suffer from function disorder, movement, and control due to the lesion in the central nerve system is Bobath Concept. By giving eight times intervention, it can be seen that there is improvement postural control and less pain in the shoulder area when it moved. The result of this shows that there is no improvement yet in patient ability wearing bra because of fracture experienced by the patient.

Keywords: Occupational Therapy, *Stroke*, Bras, *Shoulder*, Bobath Concept

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) sehat merupakan suatu kesejahteraan yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Sehat adalah hak setiap orang. Oleh karena itu, setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan hak untuk mandiri serta bertanggung jawab dalam menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dirinya. Menurut Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan bahwa kewajiban setiap orang adalah ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesejahteraan masyarakat yang setinggi-tingginya, meliputi upaya kesehatan

perorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Beberapa upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mengoptimalkan kesehatan pada anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia. (Kementrian Kesehatan RI, 2012) Di seluruh dunia kurang lebih 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya dan Indonesia merupakan negara yang memiliki jumlah penderita stroke terbesar di tingkat asia dengan perkiraan 500.000 penderita stroke setiap tahunnya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Trombly, (2009) dari 494 pasien pasca stroke terdapat sekitar

47% mandiri dalam aktivitas, 9% ketergantungan penuh dalam aktivitas, dan 44% ketergantungan ringan. (Khomarun, 2012) Okupasi Terapi berfokus pada identitas dan kemampuan pasien, bagaimana pasien dapat mengidentifikasi diri mereka dan masa depan mereka, peran dan hubungan bersama dengan kemampuan diri untuk memenuhi lingkungan fisik dan sosial. Peran Okupasi Terapis adalah memungkinkan pasien untuk mendapatkan kembali kemampuan yang terlibat dalam kemandirian Aktivitas Kegiatan Sehari-hari (AKS), produktifitas, dan pemanfaatan waktu luang dengan menggunakan Konsep Bobath yang menjadi salah satu alternatif dalam penanganan kasus stroke. (Willey & Sons, 2010)

Kemajuan dalam teknis klinis dan sumber daya dengan peningkatan bukti di bidang ilmu saraf, biomekanik dan motor learning dimana membantu dalam memaksimalkan hasil fungsional pasien dengan bukti kuat dalam hal meningkatkan kemandirian fungsional. Konsep Bobath menggabungkan ilmu pengetahuan saat ini dengan sistem kontrol motor, motor planning, neuroscience, plastisitas saraf dan otot dengan tujuan untuk mengoptimalkan fungsi, meningkatkan kontrol postural dan gerakan selektif melalui fasilitasi. Konsep Bobath tidak eksklusif, tetapi dapat diterapkan untuk semua pasien dengan gangguan motor kontrol, terlepas dari seberapa parah keterbatasan fungsi kognitif atau fisik. (W & Sons, 2009)

Berdasarkan paparan diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus pengaruh penerapan Konsep Bobath dalam meningkatkan kemampuan fungsional pasien dengan stroke dalam melakukan AKS berpakaian, terutama dalam menggunakan beha secara mandiri.

TINJAUAN PUSTAKA

Okupasi Terapi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 76 tahun 2014 pasal 1 ayat 2, Okupasi Terapi merupakan bentuk pelayanan kepada pasien dengan kelainan atau kecacatan fisik dan, atau mental yang mempunyai gangguan kinerja okupasional dengan menggunakan aktivitas bermakna untuk mengoptimalkan kemandirian pasien pada area aktivitas kehidupan sehari-hari, produktivitas, dan pemanfaatan waktu luang.

"Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want

to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement." World Federation Occupational Therapy (WFOT).

Okupasi Terapi adalah profesi kesehatan yang berpusat pada pasien yang bersangkutan dengan mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan. Tujuan utama dari Okupasi Terapi adalah untuk memungkinkan orang berpartisipasi dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS). Okupasi Terapi mencapai hasil melalui kerjasama dengan pasien dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam keterlibatan dengan pekerjaan atau lingkungan untuk lebih mendukung keterlibatan kerja mereka. (WFOT, 2012)

Penatalaksanaan Okupasi Terapi

Okupasi Terapi berfungsi meningkatkan kemampuan dan mencegah kecacatan dalam aktivitas perawatan diri, produktifitas, dan pemanfaatan waktu luang untuk mencapai kemandirian maksimum dan kualitas hidup. Okupasi Terapi memberi tugas untuk setiap aktivitas dalam mempromosikan rehabilitasi seseorang, yang dimulai dengan mengatasi AKS yang paling dasar yang mencakup perawatan, mandi, *toilet*, berpakaian, makan, bersosialisasi, komunikasi, mobilitas, dan aktivitas seksual. Okupasi Terapi juga menggunakan aktivitas dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan sebagai pasien yang produktif. Kegiatan yang produktif ini jatuh ke dalam empat kategori umum yaitu, manajemen rumah, mengurus orang lain, aktivitas pendidikan, dan kegiatan lainnya. Okupasi Terapi berkaitan dengan kemampuan pasien untuk menerima kepuasan dan kenikmatan di lingkungan mereka. Kegiatan bermain atau rekreasi adalah kegiatan yang dilakukan pasien untuk relaksasi. Kegiatan ini mencakup hobi, olahraga, dan seni.

Okupasi Terapi berperan dalam beberapa hal, sebagai berikut : Meningkatkan dan Mengembangkan Fungsi Kemandirian. Fungsi kemandirian menggambarkan kemampuan pasien untuk melakukan tugas dengan sedikit bantuan dari orang lain. Untuk pasien dengan kecacatan fisik, meningkatkan fungsi kemandirian dilakukan dengan melibatkan latihan penguatan, dan teknik yang dimodifikasi. Okupasi Terapi dalam meningkatkan dan mengembangkan terdapat pada kasus dimana pasien dengan gangguan fungsi difokuskan dengan mempromosikan fungsi gerak dan/atau komunikasi. Tanpa penanganan, kondisi tertentu dapat menyebabkan terjadinya kecacatan sementara atau permanen. Misalnya, pasien dengan cedera tendon bisa berpotensi kehilangan sebagian atau seluruh fungsi di bagian yang cedera dari tubuh. Okupasi Terapi mencegah kecacatan dengan memberikan penanganan yang tepat untuk menghindar dari hilangnya fungsi. Adaptasi Tugas dan Lingkungan Okupasi Terapi juga dapat mengadaptasi tugas atau lingkungan untuk

mendapatkan tingkat tertinggi dalam kemandirian dan kualitas hidup pasien. Seperti contoh, seorang Okupasi Terapi yang menyarankan penggunaan *dressing stick* untuk seseorang yang tidak mampu berpakaian secara mandiri karena keterbatasan dalam gerak. Aktivitas Bertujuan selalu menjadi fokus utama Okupasi Terapi dalam membentuk pekerjaan. Dalam aktivitas yang bertujuan, pasien harus berpartisipasi secara aktif dan sukarela dalam mencapai tujuan yang dianggap bermakna. Okupasi Terapi menggunakan aktivitas bertujuan untuk mengevaluasi, menyederhanakan, memulihkan, atau mempertahankan kemampuan pasien dalam aktivitas sehari-hari.

Dengan menggunakan kerangka kerja praktisi Okupasi Terapi yang dibagi menjadi dua bagian utama, yaitu : Domain, yang menguraikan lingkup profesi dan daerah dimana anggotanya telah mapan dalam pengetahuan dan ketrampilan. Proses, yang menggambarkan tindakan praktisi dalam mengambil tindakan ketika memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien dan berfokus pada keterlibatan dalam aktivitas. Panduan pemahaman profesi dari domain dan proses Okupasi Terapi karena berusaha untuk mendukung partisipasi pasien dalam aktivitas sehari-hari yang dihasilkan dari persimpangan dinamis pasien, keterlibatan yang diinginkan, dan konteks dan lingkungan. (Susan et. al, 2012)

Praktisi Okupasi Terapi menekankan sifat pekerjaan manusia dan pentingnya identitas kerja yang menyehatkan, produktif, dan memuaskan. Menurut Hooper dan Wood (2014) bahwa, “Sebuah inti asumsi filosofi profesi, bahwa berdasarkan *endowment* biologis kita, orang-orang dari segala usia dan kemampuan membutuhkan pekerjaan untuk tumbuh dan berkembang dalam pekerjaan, manusia yang mengekspresikan totalitas keberadaan mereka, pada pekerjaan oleh alam”. (Susan et. al, 2014)

Pasien Okupasi Terapi biasanya diklasifikasi sebagai individu, kelompok dan populasi. Layanan disediakan langsung ke pasien menggunakan pendekatan tidak langsung atas nama pasien melalui proses advokasi atau konsultasi. Mencapai kesehatan, kesejahteraan, dan partisipasi dalam hidup melalui keterlibatan dalam pekerjaan yang menyeluruh adalah pernyataan yang menggambarkan domain dan proses Okupasi Terapi. Pernyataan ini meyakini bahwa keterlibatan aktif dalam mempromosikan dan memfasilitasi pekerjaan mendukung kesejahteraan dan partisipasi. Hal ini saling terkait mencakup konsep : Dengan kesehatan “keadaan lengkap fisik, mental, dan kesejahteraan sosial bukan hanya ketiadaan penyakit atau keterbatasan.” *Well-being* “Istilah umum yang meliputi total domain kehidupan manusia termasuk aspek fisik, mental, dan sosial” Partisipasi “keterlibatan dalam situasi hidup” partisipasi secara alami terjadi ketika pasien secara aktif terlibat dalam menjalankan pekerjaan atau

aktivitas sehari-hari yang spesifik dalam intervensi Okupasi Terapi yang multidimensi dan mendukung hasil akhir dari partisipasi. Keterlibatan dalam pekerjaan, meliputi aspek objektif dan pengalaman subjektif pasien. Intervensi Okupasi Terapi berfokus pada menciptakan atau memfasilitasi untuk terlibat dalam partisipasi pekerjaan yang diinginkan. (Susan et. al, 2014)

Penatalaksanaan Okupasi Terapi pada Kasus Stroke

Okupasi Terapi sebagai tenaga profesional kesehatan bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya seperti Dokter, Perawat, Fisioterapi, Terapi Wicara, dan Pekerja Sosial dalam membantu mengatasi permasalahan *stroke*. *Stroke* membuat seseorang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas yang diinginkan. Kesulitan ini mencakup masalah fisik, memori atau pemusatan perhatian, sensasi, dan emosi seperti kecemasan atau depresi. Okupasi Terapi mengatasi kesulitan yang ada dengan memberikan latihan untuk membantu pasien dalam melakukan sesuatu dengan cara yang baru atau dengan menggunakan bantuan alat. Okupasi Terapi menetapkan tujuan yang akan dipecah menjadi tujuan yang lebih kecil untuk dilakukan dalam proses terapi sesuai dengan kebutuhan pasien. Okupasi Terapi dapat melakukan hal-hal sebagai berikut : Memberikan penilaian limitasi pasien dan mejelaskannya kepada pasien dan keluarganya. Memberikan saran aktivitas yang dapat meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien. Menyesuaikan aktivitas sehari-hari sebagai bagian dari rehabilitasi. Mengajarkan strategi dan teknik untuk mengatasi kesulitan. Menyediakan alat bantu. Melakukan kunjungan ke rumah pasien dengan mencocokkan kondisi pasien. Memberikan saran tentang cara dan waktu yang terbaik saat kembali bekerja. (*Stroke Association*, 2012)

Intervensi yang diberikan dalam Okupasi Terapi berperan dalam *remedial*, *compensator*, adaptasi lingkungan, dan pencegahan dengan tujuan untuk mengembalikan dan mengoptimalkan kemandirian pasien dalam AKS, produktifitas, dan waktu luang. Perawatan diri, Mengajarkan pasien untuk menggunakan sisi yang sehat sebagai pengganti dari sisi sakit dengan mendesain adaptasi alat yang dapat membantu dalam perawatan diri dan aktivitas kehidupan sehari-hari. Produktifitas, adaptasi lingkungan yang memungkinkan pasien dalam beraktivitas secara fungsional, menyarankan aktivitas alternatif lainnya yang memungkinkan atau sesuai dengan kondisi pasien. Waktu luang, membantu pasien untuk menemukan aktivitas lain yang dapat dimanfaatkan dan dinikmati di waktu luang dengan atau tanpa modifikasi dari lingkungan. Sensorimotor: Pasien dengan *hemiparesis* atau *hemiplegic*, terapis menyediakan latihan untuk *Range of Motion* (ROM) dengan teknik fasilitasi, mengajarkan *positioning* dan *body alignment* yang baik, dan menggunakan alat bantu

splint jika diperlukan. Pasien membutuhkan peningkatan kekuatan otot dan ketahanan, pertama terapis harus mengurangi spastisitas, lalu lakukan *strengthen* secara resistif pada poin spastisitas, dan mengradasikan tugas dan waktu selama melakukan aktivitas yang bertujuan.

Kognitif, Pasien yang kehilangan memori, membenarkan informasi atau fakta yang ada. Pasien yang memiliki kesulitan dalam pemusatan perhatian dan mudah terdistraksi, jauhkan pasien dari keramaian lingkungan yang membuat pasien mudah terdistraksi, lakukan aktivitas yang sederhana secara bertahap, serta berikan motivasi serta dukungan dalam menyelesaikan aktivitas. Pasien dengan keterampilan yang kurang, maka lakukan dengan cara lindungi pasien dari cedera, tetapkan tujuan yang realistis untuk dicapai, dan berikan penjelasan yang sederhana untuk melakukan sesuatu dengan cara tertentu.

Psikososial, Pasien yang menunjukkan keputusasaan, berikan kesempatan untuk mencapai kesuksesan, dan berikan umpan balik atas peningkatan yang telah dicapai. Pasien dengan toleransi yang kurang dalam menghadapi *stress*, maka kontrol jumlah *stress* yang dihadapi dan menjaga sesi latihan yang singkat. (Reed, 2001)

Kemampuan Menggunakan Beha

Aktivitas kehidupan sehari-hari merupakan suatu kegiatan yang berorientasi dalam perawatan tubuh yang disebut juga sebagai kegiatan dasar dan pribadi kehidupan sehari-hari yang mendasari untuk hidup di dunia sosial yang memungkinkan dalam kelangsungan dan kesejahteraan hidup. (AOTA, 2014)

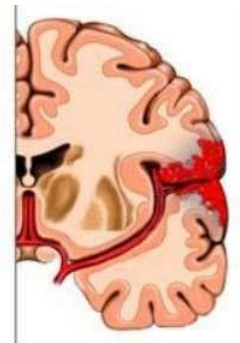
Salah satu bagian penting untuk seorang wanita dalam kehidupan sehari-hari adalah berpakaian menggunakan beha. Menurut KBBI (2008) Menggunakan berarti “memakai” dan beha berarti “kutang”. Beha merupakan pakaian yang menutupi dada dengan berbagai macam fungsi. Menurut Yulistara, 2013 dalam sebuah artikel salah satu fungsi beha yaitu: Melindungi payudara dari gesekan yang mungkin terjadi saat sedang beraktivitas. Penyangga payudara untuk menjaga payudara tetap berada pada tempatnya. Menjaga elastisitas payudara, Lebih percaya diri.

Stroke

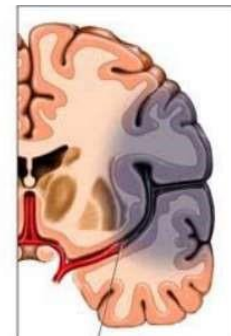
WHO mendefinisikan *stroke* sebagai gangguan fungsi otak yang berlangsung lebih dari 24 jam atau penyebab kematian tanpa sebab lain selain pembuluh darah. Definisi secara konvensional ini termasuk dalam *stroke* iskemik, hemoragik intraserebral dan *subarachnoid*. (Canavan, McGrath, & O'Donnel, 2013)

Stroke juga dapat didefinisikan sebagai cedera vaskular yang mengurangi aliran darah otak pada bagian tertentu. Gejala *stroke* ini terjadi secara tiba-tiba dengan kerugian sementara atau permanen Jurnal Vokasi Indonesia.

pada fungsi neurologis. Berdasarkan penyebabnya *stroke* dibagi menjadi dua, yaitu *ischemia stroke* dan *hemorrhagic stroke*. *Ischemia stroke* merupakan hasil dari penyumbatan *cerebral vessel* yang disebabkan oleh *thrombosis* atau *embolism*. *Hemorrhagic stroke* terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak, beberapa jenis *hemorrhagic* diantaranya intraserebral (perdarahan yang terjadi di dalam otak itu sendiri), atau *subarachnoid* (perdarahan pada suatu daerah yang mengelilingi otak), dan juga dapat disebabkan oleh hipertensi, aneurisma atau malformasi *arteriovenouse*. (Glen, 2011)



Gambar 1. Stroke Hemoragik
Sumber : Right-side Stroke, First Hospital.



Gambar 2 Stroke Iskemik
Sumber : Right-side Stroke, First Hospital.

Dua penyebab utama *Intracerebral Hemorrhagic (ICH)* adalah vaskulopati hipertensi (yang disebabkan oleh hipertensi berkepanjangan) dan *cerebral amyloid angiopathy* (biasanya ditemukan pada orang tua, hasil deposisi amiloid pada dinding *vessel*). Hasil perdarahan hipertensi dari perubahan degeneratif di penetrasi kecil arteri dan arteriol, yang mengarah ke *lophialinosis* kecil menembus ke dalam arteri. Perdarahan pada umumnya terjadi di daerah yang mendalam termasuk basal ganglia dan thalamus. (Canavan, McGrath, & O'Donnel, 2013)

Stroke Hemiparesis

Kata “hemi” berarti satu sisi dan “paresis” berarti kelemahan. Sekitar 80% dari orang yang mengalami *stroke* memiliki beberapa tingkat kesulitan bergerak satu sisi, atau menderita kelemahan pada satu sisi tubuh mereka. Kondisi ini

disebut *hemiparesis*, yang disebabkan oleh *stroke* dan *cerebral palsy*. Namun, *hemiparesis* juga dapat disebabkan oleh tumor otak, *multiple sclerosis*, dan penyakit lain dari otak atau sistem saraf. Orang dengan *hemiparesis* mengalami kesulitan untuk menggerakkan tangan atau kaki, kesulitan berjalan dan kehilangan keseimbangan. Aktivitas sehari-hari yang sederhana bisa menjadi sulit untuk seseorang dengan *hemiparesis*. Seperti, meraih benda, berpakaian, makan, dan mandi. Hilangnya kemampuan pada penderita *stroke* tergantung pada area otak yang rusak.

Hemiparesis sisi kanan melibatkan cedera pada otak sisi kiri, yang mengontrol bahasa dan berbicara, orang dengan *hemiparesis* kanan memiliki masalah dalam berbicara dan/atau memahami apa yang orang lain katakan. Mereka juga mungkin mengalami kesulitan dalam membedakan kiri dan kanan.

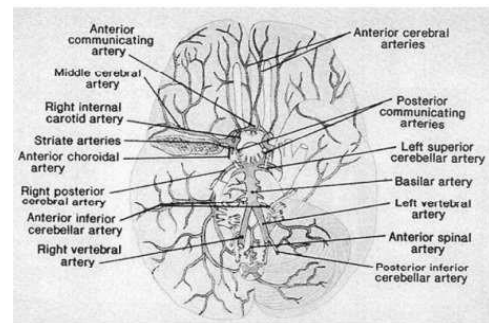
Hemiparesis sisi kiri melibatkan cedera pada otak sisi kanan, yang mengontrol proses belajar, komunikasi *non-verbal* dan perilaku tertentu. Kerusakan pada otak bagian ini juga dapat menyebabkan orang untuk berbicara secara berlebihan, memiliki masalah dengan memori dan pemusatan perhatian.

Jenis *hemiparesis* dibagi menjadi dua, yaitu:

Pure Motor Hemiparesis, Ini adalah jenis yang paling umum, orang dengan *hemiparesis* motor murni ini memiliki kelemahan pada wajah, lengan dan kaki yang dapat mempengaruhi bagian tubuh yang sama, tetapi dalam beberapa kasus mungkin mempengaruhi lebih dari bagian tubuh yang lain. *Ataxic Hemiparesis Syndrome*, Adalah kondisi yang paling sering terjadi, dengan adanya kelemahan di satu sisi dari tubuh dan biasanya lebih berdampak pada kaki dibanding lengan. (*National Stoke Association*, 2006)

Anatomi

Darah disuplai ke otak oleh sirkulasi anterior dan posterior. Sirkulasi anterior berasal dari sistem karotid dan 80% perfusi dari otak termasuk saraf optik, retina, dan lobus anterior temporal dan frontoparietal. Cabang pertama dari arteri karotid internal adalah arteri *ophthalmic*, yang mensuplai saraf optik dan retina. Arteri karotid internal diakhiri oleh percabangan arteri serebral anterior. Arteri serebral anterior mensuplai basal dan aspek medial dari hemisfer serebral meluas ke anterior dari lobus parietal.



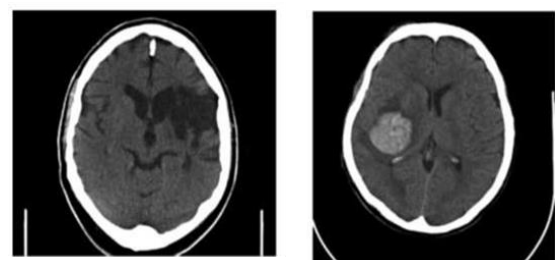
Gambar 3 Pembuluh Darah di Otak
Sumber : eprints.undip.ac.id

Meskipun sirkulasi posterior lebih kecil dan hanya mensuplai 20% otak, sirkulasi posterior mensuplai batang otak (yang penting untuk kesadaran, gerakan, dan sensasi), serebelum, thalamus, auditori dan pusat *vestibular* di telinga, medial lobus temporal, dan korteks oksipital untuk visual. Sirkulasi posterior diperoleh dari dua arteri vertebralis yang naik melalui prosesus transverses dari servikal. Arteri vertebra memasuki cranium melalui foramen magnum dan mensuplai serebelum dengan arteri posterior inferior serebral. (Crocco & Goldstein, 2014)

Etiologi

Sistem klasifikasi, yang berfokus pada mekanisme patofisiologis *stroke* iskemik berdasarkan gambaran klinis dan hasil investigasi diagnostik. Lima subkategori etiologi dalam sistem kualifikasi *Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST)* *stroke* arteri besar, *cardioembolism*, oklusi arteri kecil, *stroke* iskemik dari etiologi lain, dan *Stroke of Undetermined Etiology*.

Stroke Arteri Besar, *Stroke* arteri besar biasanya konsekuensi dari aterosklerosis di ekstrakranial (karotis atau vertebralis) dan/atau arteri intrakranial (misalnya, arteri serebral atau basilar), dengan pecahnya plak dan pembentukan thrombus. *Cardioembolism*, Mekanisme ini bertanggung jawab sekitar 14% sampai 30% dari semua *stroke* iskemik. Ada sejumlah kondisi yang mempengaruhi *cardioembolism* yaitu, emboli yang mungkin berasal dari sumber-sumber *precordial* dalam sistem vena, sumber *intracardiac* atau sumber *postcardiac*.



Gambar 4. *Stroke Ischemic Hemispheric Sinistra* dan *Stroke Intracerebral*

Hemorrhage Hemispheric Dextra
Sumber : Hematolog: Basic Principle and
Practice (Chapter 14)

Oklusi Arteri Kecil. Sekitar 20% dari semua *stroke* iskemik yang disebabkan *lacunar* atau infark *vessel* kecil. Infark *lacunar* adalah hasil dari oklusi kecil, menembus ke dalam arteri, Patofisiologi terminal mekanisme oklusi arteri kecil diyakini menjadi *thrombosis* lokal sekunder untuk *microatheroma* dan *lipohyalinosis* (tahap peralihan antara nekrosis fibrinoid dan *microatheroma*).

Stroke Iskemik dari Etiologi Lain. *Cerebral Venous Sinus Thrombosis* menyumbang kurang dari 1% *stroke* iskemik dan biasanya terjadi pada usia muda. Sagital superior, sinus transverses dan *cavernous* adalah yang paling sering terkena *thrombosis*. *Thrombosis* vena pada kasus ini menghasilkan edema dan infark vena, yang sering terjadi hemoragik yang meningkatkan tekanan intrakranial.

Intraserebral hemoragik, terjadi sekitar 10% sampai 15% dari semua *stroke* dan diklasifikasikan menjadi primer dan sekunder. Intraserebral hemoragik primer merupakan hasil dari pecahnya pembuluh darah kecil intraserebral yang diakibatkan oleh hipertensi kronis atau angiopati amiloid. Intraserebral hemoragik sekunder terjadi sebagai akibat dari kelainan pembuluh darah.

Subarachnoid hemoragik, yaitu perdarahan yang terjadi dalam ruang subarachnoid. Terjadi sekitar 5% dari semua *stroke*. Subarachnoid hemoragik paling sering disebabkan oleh pecahnya aneurisma intrakranial.

Stroke of Undetermined Etiology. Dalam beberapa kasus, penyebab *stroke* tidak dapat dijabarkan ditentukan dan diklasifikasi sebagai “*Stroke of Undetermined Etiology*.” Dalam kategori ini, *stroke* di klasifikasikan ke dalam dua kondisi. Yaitu pertama, evaluasi luas yang negatif termasuk *vessel* besar dan kelengkapan asesmen dari kardiovaskular. Kedua, evaluasi diagnostik tidak lengkap. Sebagai faktor penentu yang paling penting dari proporsi pasien sebagai kriptogenik sejauh mana tes diagnostik. (Canavan, McGrath, & O'Donnel, 2013)

Patofisiologi

Pembuluh darah otak mensuplai otak dengan aliran darah yang kaya oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk fungsi otak normal. Ketika terjadi *stroke* ada perubahan langsung dalam *Cerebral Blood Flow (CBF)* dan perubahan luas dalam homeostasis seluler. CBF normal adalah sekitar 40 sampai 60 mL/100 g otak per menit. Ketika CBF turun di bawah 15 sampai 18 mL/100 g otak per menit, beberapa perubahan fisiologis terjadi.

Otak kehilangan aktivitas listrik, menjadi elektrik “diam” meskipun integritas membran neuronal dan fungsi tetap utuh. Secara klinis, area otak mempertahankan keheningan listik mengakibatkan Jurnal Vokasi Indonesia.

defisit neurologis, meskipun sel otak *viable*. Ketika CBF di bawah 10 mL/100 g otak per menit, terjadi kegagalan membran dengan peningkatan kalium ekstraseluler dan kalsium intraseluler yang akhirnya terjadi kematian sel.

Uji coba *stroke* iskemik biasanya berfokus pada beberapa jam pertama setelah onset gejala. Dalam ICH, pecah pembuluh akut paling sering disebabkan oleh penyakit pembuluh kecil, yang menyebabkan cedera pada beberapa mekanisme. Pertama, ada efek massa dari hematoma, diikuti oleh aktivasi dari kaskade koagulasi, melepaskan inflamasi sitokin, dan gangguan penghalang darah otak. Hal ini menyebabkan pembentukan edema dan kerusakan otak sekunder. Akhirnya, perdarahan berlanjut dari sumber perdarahan primer atau sekunder pada tepi dari perdarahan. (Crocco & Goldstein, 2014)

Prevalensi

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di negara maju, dengan insiden tahunannya adalah dua per 1.000. populasi di Amerika setiap tahunnya 500.000 orang terserang *stroke*, 400.000 diantaranya terkena *stroke* iskemik dan 100.000 *stroke* hemoragik. Menurut WHO, perkiraan penyakit serebrovaskular di Asia Tenggara adalah 1.073.569 jiwa dengan penyebab kematian 5,7 juta pada tahun 2005. Di Indonesia, satu dari tujuh orang yang meninggal disebabkan oleh *stroke*. Berdasarkan laporan WHO, kasus *stroke* di Indonesia menyebabkan terjadinya kematian lebih dari 123.000 orang.

Prevalensi *stroke* di Indonesia sebesar 12,1 per mil. Prevalensi tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), kemudian Bangka Belitung dan DKI Jakarta yang masing-masing dengan angka 9,7 per mil. Diagnosa *stroke* meningkat seiring bertambahnya usia, serta berdasarkan jenis kelamin untuk laki-laki dan perempuan memiliki tingkat prevalensi *stroke* yang sama. Prevalensi *stroke* lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah (32,8%), penduduk di kota (12,7 %), dan masyarakat yang tidak bekerja (18%). (Risksdas, 2013)

Prognosis

Prognosis setelah *stroke* tergantung pada usia pasien, etiologi, beratnya *deficit* neurologis, dan beban kondisi komorbiditas. Dalam sebuah penelitian, mortalitas lebih tinggi pada pasien dengan perdarahan intraserebral atau subarachnoid. Awal penyebab kematian biasanya berasal dari edema di daerah serebral atau peningkatan tekanan intrakranial. Pada tindak lanjut jangka panjang, kebanyakan kematian berasal dari kardiovaskular. Pasien *stroke* yang bertahan dua pertiga nya mengalami kecacatan kronis. Selain itu, pasien dengan *stroke* pada peningkatan risiko infark miokard, patah tulang panggul, pneumonia, dan keluar masuk rumah sakit. Komplikasi umum

lainnya, termasuk gangguan kejang, kognitif dan demensia, depresi, dan nyeri kronis. (Canavan, McGrath, & O'Donnel, 2013)

Konsep Bobath

Normal Movement Approach atau yang dikenal sebagai Bobath merupakan sebuah pendekatan yang ditemukan oleh Bobath pada tahun 1970an dan didasari oleh teori hirarki reflek perkembangan saraf dengan hipotesa spastisitas sebagai hasil dari refleksi yang berlebihan. Awalnya *treatment* dimanfaatkan untuk menghambat pola reflek dan kemajuan pasien melalui tahap perkembangan saraf. Pendekatan Bobath telah berubah sejak publikasi terakhir pada tahun 1990an yang dikenal dengan Konsep Bobath. (Willey & Sons, 2010)

Teori yang Mendasari Konsep Bobath

Konsep Bobath kontemporer adalah pendekatan untuk asesmen dan pengobatan pasien dengan gangguan fungsi, gerakan, dan kontrol postural akibat dari lesi sistem saraf pusat (SSP), dan dapat diterapkan untuk pasien dari segala usia dan semua derajat gangguan fisik dan fungsional. Teori yang mendasari Konsep Bobath dianggap sebagai sebuah pendekatan kontrol motor yang tidak hanya mencakup kunci penting tentang pasien tetapi bagaimana mereka berinteraksi dengan dunia sekitar. (W & Sons, 2009)

Sistem Pendekatan untuk Kontrol Motor

Sistem pendekatan untuk kontrol motor memberikan dasar fondasi Konsep Bobath. Teori ini didasarkan pada karya Bernstein (1967). Bernstein mengakui bahwa penting untuk memiliki pemahaman tentang karakteristik sistem gerak, dan kekuatan internaleksternal yang bekerja pada tubuh. Dari sudut pandang biomekanik, ia menganggap banyak derajat kebebasan yang diberikan berbagai sendi dalam tubuh dan kontrol yang memungkinkan dalam kerja sama sebagai unit fungsional. Teori sistem pendekatan kontrol motor membentuk prinsip yang mendasari asesmen dan pengobatan dalam Konsep Bobath kontemporer, yang menganggap bahwa kontrol motor didasarkan pada kerja sistem saraf dengan melihat potensi plastisitas sebagai dasar pengembangan, pembelajaran dan pemulihan dalam sistem saraf dan otot.

Plastisitas

Plastisitas adalah kemampuan modifikasi atau perubahan dari sebuah struktur. Kapasitas sistem saraf ditunjukkan pada anak-anak selama pengembangan sirkuit saraf pada orang dewasa selama belajar keterampilan baru dan pembentukan pengalaman baru, respon terhadap cedera sepanjang hidup.

Neuroplastisitas. Modifikasi fungsi saraf bergantung pada perubahan yang diatur dalam kekuatan sinaps. Aktivasi pembelajaran adalah sinaps dan sirkuit spesifik, yang dapat dimodifikasi Jurnal Vokasi Indonesia.

dengan transmisi sinaptik baik di fasilitasi atau inhibisi.

Plastisitas Kortikal. Perubahan kortikal mengikuti cedera termasuk hilangnya fungsi representasi spesifik sensorimotor dengan konsekuensi fisik dan fungsional. Meskipun tidak benar-benar reversibel, ada banyak penemuan yang menunjukkan plastisitas kortikal dan *remapping* setelah lesi kortikal.

Plastisitas Otot. Hampir setiap aspek struktural otot, seperti gen, jenis serat, jumlah distribusi alpha motor unit dan *motor end plates*, jumlah sarkomer, profil myosin, panjang serat, distribusi mitokondria, panjang tendon, kepadatan kapiler dan massa otot, memiliki potensi untuk perubahan dengan stimulus yang tepat. Berbagai jenis serat otot memungkinkan untuk beragam fungsi otot yang diperlukan untuk mendukung gerakan manusia. (W & Sons, 2009)

Motor Learning

Motor learning mengacu pada perubahan permanen performa motorik pasien sebagai hasil intervensi. Prinsip pembelajaran motorik membantu mengidentifikasi bagaimana kita dapat manipulasi pasien pada tugas dan lingkungan untuk mempengaruhi perubahan neuroplastisitas dalam meningkatkan kinerja motorik pasien. Proses ini menunjukkan perkembangan di daerah representasi kortikal dalam pembelajaran keterampilan baru. Seluruh tugas disarankan untuk berlangsung secara berulang (mencapai dan memahami) atau timbal balik.

Upper Motor Neuron Syndrome

Upper Motor Neuron (UMN) syndrome mencakup semua karakteristik diskontrol yang terkait dengan lesi yang mempengaruhi beberapa atau semua *descending pathways*, yang telah dibagi menjadi dua kelompok. Yaitu, fenomena negatif yang ditandai dengan penurunan aktivitas motorik (kepemahaman, hilangnya ketangkasan, lelah), sedangkan fenomena positif berhubungan dengan gejala yang menunjukkan peningkatan aktivitas motorik (spastisitas, klonus, reaksi asosiasi). Fenomena negatif lebih sering melumpuhkan daripada fenomena positif. Spastisitas terjadi karena adanya hipertonus dan dipengaruhi oleh kecepatan, yang berarti bahwa semakin cepat otot meregang maka semakin besar perlawanan yang terkait dengan kelenturan. Hal ini tidak hanya membuat pergerakan menjadi sulit tapi juga menyebabkan otot lebih hipertoniik dan mengalami pemendekan. Reaksi asosiasi adalah fitur positif lain yang bisa menyebabkan terjadinya pemendekan otot. (W & Sons, 2009)

Peran Okupasi Terapi pada Konsep Bobath

Terapi ini didasarkan pada penilaian potensi yang dimiliki pasien. Peran seorang terapis adalah memfasilitasi keseimbangan dan gerak selektif

sebagai dasar untuk aktivitas fungsional untuk meningkatkan efisiensi dan promosi keseluruhan. Terapis harus mengatasi kedua komponen gerakan tertentu dari tugas dan aktivitas fungsional untuk mencapai tujuan.

Dalam terapi, gerakan difasilitasi dan penanganannya dimodifikasi dengan tujuan memberikan pilihan gerakan pasien, yang dapat dimasukkan ke dalam aktivitas fungsional. Terapis tidak hanya mempertimbangkan aplikasi terapi untuk eksplorasi potensi pasien dalam aktivitas fungsional, tetapi juga untuk partisipasi dalam kegiatan sosial dan rekreasi. Dalam Konsep Bobath berpusat pada hasil perubahan fungsional. Konsep Bobath mengakui bahwa terapis yang terampil adalah terapis yang berpusat pada pasien dan kolaboratif untuk memastikan bahwa pasien selalu terlibat aktif dalam proses terapi. (W & Sons, 2009)

METODOLOGI

Asesmen dan Alasan Klinis pada Konsep Bobath

Dengan melibatkan asesmen dan pengukuran yang spesifik seperti kelemahan, keterbatasan gerak, dan kurangnya kontrol postural. Hasilnya dapat dinilai baik secara formatif atau kuantitatif, dan tergantung pada hasil intervensi untuk evaluasi kembali hipotesis atau mempertimbangkan efektivitas dari pemberian intervensi. Dasar ilmu pengetahuan pada area seperti motor kontrol, gangguan neurologis, neuroplastisitas, dan pembelajaran motorik.

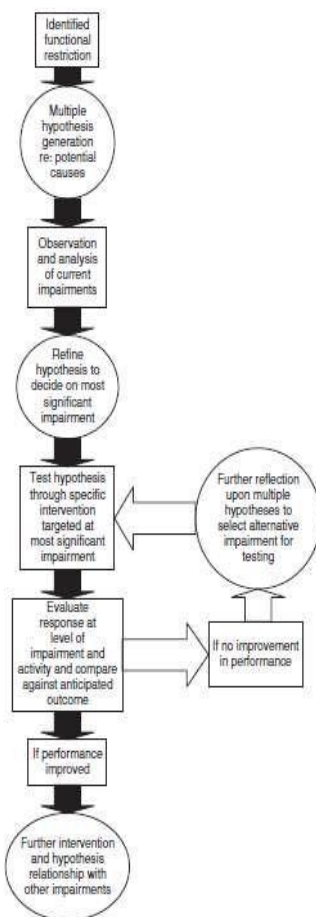
Implikasi bagi setiap konseptual kerangka untuk praktek adalah ketika bukti baru yang muncul saat ada perubahan kecil dari penerapan konsep. Sifat dan kualitas gerakan merupakan pertimbangan utama dalam menentukan efisiensi kinerja untuk pencapaian tujuan lebih lanjut. Dalam rangka mengapresiasi sifat yang dimiliki pasien, asesmen dalam pendekatan ini harus dilakukan dengan mengenali karakteristik utama sebagai berikut : Konsep Bobath berusaha untuk mengeksplorasi potensi secara penuh untuk meningkatkan kontrol gerak pasien sebagai dasar dari peningkatan fungsi. Sifat strategi dari gerakan pasien memiliki dampak positif atau negatif terhadap pemenuhan fungsi optimal yang melibatkan gerak dan kuantitas. Asesmen dan *treatment* yang terintegrasi dengan interaksi lanjutan antara keduanya. Hal ini menuntut respon dari pihak terapis dan klinis untuk menentukan permasalahan dalam gerakan dan evaluasi lebih lanjut. Proses asesmen sistematis tetapi fleksibel karena tahapan tidak diikuti untuk setiap pasien. Titik awal untuk asesmen akan bervariasi sebagaimana perkembangannya. Aspek intervensi digunakan untuk membantu proses klinis dalam melakukan asesmen. Penggunaan tindakan sebagai bagian dari proses asesmen dapat dilihat pada gambar dibawah. (W & Sons, 2009).

Asesmen melibatkan observasi dan analisis penyimpangan gerakan dari pola gerakan normal dan identifikasi strategis kompensasi, Jurnal Vokasi Indonesia.

khususnya yang mempengaruhi gravitasi, hubungan dasar pendukung, *alignment* dan hubungan *key point* dengan lainnya. Potensi untuk pengembangan eksplorasi menggunakan penanganan yang mempengaruhi tonus, *alignment*, fiksasi, kekakuan, dan lain-lain yang digunakan dalam pengalaman gerakan, pengulangan, kecepatan, dan lingkungan. (W & Sons, 2009)

Intervensi pada Konsep Bobath

Dalam melakukan intervensi atau *treatment* dengan menggunakan kerangka acuan Konsep Bobath, seorang terapis harus memperhatikan hal-hal berikut : *Base of support*, yang mengacu pada bagian tubuh yang mendukung dan kontak langsung dengan permukaan. Berhubungan dengan gerakan seseorang yang menggunakannya sebagai titik acuan. *Centre of gravity*, sebuah gaya konstan ke bawah dimana seseorang harus mengembangkan kemampuan dalam gerakan selektif dan efeknya yang dirasakan saat melakukan gerak. *Postural set*, *alignment* dari *key points* dalam hubungan dengan penerimaan *base of support*. *Balance reaction*, yang terbagi menjadi dua yaitu, *equilibrium reaction* yang merupakan adaptasi otomatis dari tonus postural dalam merespon gravitasi dan gerak. *Righting reaction* merupakan tahapan dari pola gerak selektif dalam respon gerak. *Normal postural tone*, sebuah lanjutan dari sebagian kontraksi otot yang cukup tinggi untuk menahan gravitasi dan memungkinkan gerakan selektif dalam mengambil tempat. *Associated reaction*, patologi peningkatan tonus, dalam merespon sebuah stimulus, yang berada di luar level kontrol penghambat pasien yang mencerminkan hilangnya inervasi respirokak. *Key Point*, area tubuh seperti, kepala, toraks, pelvis, bahu, pinggul, tangan, dan jari kaki, dimana tonus postural berubah cepat. *Key point* lainnya menyediakan sumber besar dari input proprioseptif dalam sistem saraf pusat.



Gambar 5 Asesmen dan Alasan Klinis Konsep Bobath

Sumber : Buku Konsep Bobath (2009)

Terapis menggunakan input aferen, khususnya propioseptif dari kontrol *key point* untuk mempengaruhi tonus otot dan aktivitas, *alignment*, blok gerakan abnormal dan fasilitasi pola gerakan normal selektif untuk mencapai tujuan yang dilakukan secara aktif oleh pasien. Terapis menggunakan pengalaman gerakan, pengulangan, kecepatan, manipulasi lingkungan dan umpan balik. Sebuah persiapan dibutuhkan untuk menuju ke AKS. Strategi penanganan termasuk dengan mengikuti hal-hal di bawah ini :

- Negosiasi tujuan kerja dalam penanganan dengan motivasi, bertujuan dan terarah.
- Memperingati keselarasan postural.
- Mengubah *base of support* (BOS) dengan meningkatkan BOS untuk mengurangi hipertonik dan menurunkan BOS untuk meningkatkan tonus jika ada hipotonus. Dengan mempertimbangkan posisi seperti berdiri, duduk, berbaring, posisi kaki, lengan untuk menopang, dan sandaran belakang.
- Modifikasi lingkungan sebagai contoh kekuatan penyangga permukaan, desain kursi, orientasi objek dan tempat.

- Mendorong inisiasi gerak dan monitor diri dari tonus dan gerak abnormal.
- Tingkatan aktivitas dan waktu penanganan yang tepat untuk tantangan dalam terapi sesuai dengan kemampuan fisik dan kapasitas kognitif pasien.
- Pelajari prinsip yang terkait dengan pelatihan tugas, pengulangan dan praktek.
- Berikan bantuan *visual*, *verbal*, propioseptif, penulisan instruksi dan umpan balik yang jelas.
- Gunakan alat untuk gerakan pola normal dan kompensasi.

Memaksimalkan keterampilan melalui latihan dan pengulangan. (Willey & Sons, 2010)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi dan asesmen yang dilakukan, penulis mengidentifikasi permasalahan yang ada sebagai berikut, adanya nyeri pada bahu sebelah kiri (*Sinistra*) yang membuat pergerakan pasien terbatas terutama dalam melakukan gerakan retraksi dan rotasi *downward* skapula, adduksi dan internal rotasi *shoulder*. Akibat dari keterbatasan itu pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas fungsional, terutama aktivitas kehidupan sehari-hari seperti berpakaian menggunakan beha, mandi, mengikat rambut dan lain-lain.

Ringkasan Kasus

Ny. R usia 69 tahun dengan riwayat hipertensi dan diabetes terserang *stroke* sejak dua tahun yang lalu, ini merupakan serangan *stroke* pertama bagi Ny. R yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Setelah melakukan proses operasi di RS Pertamina Pusat, Ny. R mengikuti proses Okupasi Terapi dan Fisioterapi di Klinik Sasana Husada dengan keluhan lemahnya kedua ekstremitas sisi sebelah kiri. Menurut Ny. R bagian bahunya selalu terasa nyeri saat melakukan aktivitas, sehingga membuat Ny. R tidak pernah melakukan aktivitas dengan menggunakan tangan sisi kiri. Berdasarkan observasi dan asesmen yang dilakukan didapatkan hasil bahwa Ny. R mengalami Kesulitan saat melakukan retraksi skapula secara optimal, rotasi *downward* scapula, serta gerakan abduksi dan internal rotasi dari gerakan bahu, Ny. R juga belum optimal dalam melakukan gerakan *grasp* dan *pinch*. Saat melakukan aktivitas terapi, sering terlihat adanya pergerakan kompensasi yang timbul dari gerakan Ny. R. Dalam melakukan AKS seperti menggunakan beha, mandi, mengikat rambut dan lain-lain Ny. R masih sering mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan orang lain. Produktifitas Ny. R juga terganggu karena tidak dapat melakukan aktivitas manajemen rumah secara mandiri, Ny. R juga tidak bisa mengikuti pengajian seperti yang sering dilakukannya sebelum sakit. Ny. R juga terganggu dalam

aktivitas *leisure* terutama untuk mengunjungi kerabatnya.

Permasalahan Okupasional

Pasien belum mampu melakukan aktivitas berpakaian memakai beha secara mandiri karena kelemahan pada ekstremitas atas *Sinistra*, terutama pada bagian skapula dan bahu. Pada bagian skapula pasien belum mampu melakukan gerakan retraksi dan rotasi *downward* skapula secara optimal, dan pada bagian bahu pasien terasa nyeri terutama saat melakukan gerakan abduksi, dan internal rotasi. Pasien juga belum optimal dalam melakukan gerakan *grasp* dan *pinch*.

Pasien belum mampu melakukan aktivitas mandi secara mandiri karena kelemahan pada ekstremitas *Sinistra*, dan nyeri pada persendian bahu. Pasien belum mampu melakukan aktivitas berhias mengikat rambut karena gerakan bahu belum fleksibel dan masih terdapat nyeri.

Prioritas Permasalahan Okupasional

Pasien belum mampu melakukan aktivitas berpakaian memakai beha secara mandiri karena kelemahan pada ekstremitas atas *Sinistra*, terutama pada area *shoulder*. Pada bagian skapula pasien belum mampu melakukan gerakan retraksi dan rotasi *downward* skapula secara optimal, dan pada *shoulder* pasien terasa nyeri terutama saat melakukan gerakan abduksi, dan internal rotasi. Pasien juga belum optimal dalam melakukan gerakan *grasp* dan *pinch*.

Program Penatalaksanaan Okupasi Terapi

Long Term Goal : Pasien mampu menggunakan beha secara mandiri dalam waktu 10 kali pertemuan . *Short Term Goal 1* : Pasien mampu mempertahankan postur tubuh tegap selama duduk dalam waktu 2 kali pertemuan. Terapis memposisikan pasien dalam posisi duduk tanpa sandaran di kursi, terapis berada di belakang pasien. Terapis melatih postural dengan cara *set* postural, dengan melatih anterior *tilt* pada panggul secara aktif, kemudian melatih ekstensi *upper trunk* dan retraksi skapula secara aktif.

Terapis menyiapkan 10 buah *cone* di sisi sakit pasien yang di pegang oleh terapis. Terapis meminta pasien untuk memindahkan *cone* dengan gerakan *crossing the midline* (kiri bawah ke kanan atas) menggunakan tangan sisi sehat, dan tangan sisi lemah menumpu ke samping dengan posisi jari abduksi dan palmar kontak dengan permukaan kursi atau *Contactual Hand Oriented Response (CHOR)* .



Gambar 6. Latihan dengan Menggunakan Cone

Short Term Goal 2 : Pasien mampu melakukan gerakan retraksi untuk menggerakkan tangan ke belakang saat meraih kaitan beha dalam waktu 2 kali pertemuan

Terapis memposisikan pasien dalam posisi duduk tanpa sandaran di kursi, terapis berada di belakang pasien. Terapis menginstruksikan pasien ke posisi tegap. Terapis memberikan fasilitasi di area *key pont* bahu pasien, dan memberikan stabilisasi pada bahu yang sehat untuk mencegah terjadinya kompensasi. Terapis melatih *Scapulo Humeral Rhythm (SHR)* secara aktif agar glenohumeral bisa bergerak dengan lebih fleksibel terhadap skapula. Terapis memberikan contoh dengan menggerakkan tangan pasien ke samping mengarah ke belakang secara perlahan sambil memegang botol kecil yang berisi air. Terapis meminta pasien untuk mengikuti gerakan yang dicontohkan secara aktif.



Gambar 7. Latihan Gerakan Retraksi

Short Term Goal 3 : Pasien mampu melakukan gerakan internal rotasi untuk mendekatkan kedua ujung kaitan beha dalam waktu 2 kali pertemuan

Terapis memposisikan pasien dalam posisi duduk tanpa sandaran dan menginstruksikan pasien untuk duduk tegap. Terapis melakukan mobilisasi aktif dan *strengthening* pada otot-otot stabilisasi skapula dan *rotator cuff*. Terapis menyiapkan tali yang digantung secara horizontal setinggi kepala pasien di depan pasien dengan jarak 10 cm. Terapis menjepitkan 20 buah jepitan secara terbalik di tali di sisi yang sejajar dengan sisi lemah pasien. Terapis menyiapkan wadah di sisi lemah pasien sejajar dengan panggul pasien agak ke belakang dari posisi duduk pasien.

Terapis memberi contoh kepada pasien cara mengambil jepitan dengan menggunakan sisi lemah dengan memfasilitasi *key point* pada area bahu, dengan abduksi 90 derajat lalu meletakkan jepitan kedalam wadah dan memberikan stabilisasi pada bahu yang sehat untuk mencegah terjadinya kompensasi.



Gambar 8. Latihan *Strengthening* Otot Stabilisasi Skapula dan *Rotator Cuff*

Short Term Goal 4 : Pasien mampu melakukan gerakan rotasi *downward* skapula untuk mengaitkan beha dalam waktu 2 kali pertemuan

Terapis memposisikan pasien dalam posisi duduk tanpa sandaran dan menginstruksikan pasien untuk duduk tegap. Terapis memberikan fasilitasi di area *key point* bahu pasien dan memberikan stabilisasi pada bahu yang sehat untuk mencegah terjadinya kompensasi. Terapis melatih *Scapulo Humeral Rhythm* (SHR) secara aktif agar glenohumeral bisa bergerak dengan lebih fleksibel terhadap skapula.

Terapis melakukan mobilisasi aktif dan *strengthening* otot-otot stabilisasi skapula dan *rotator cuff*. Terapis menyiapkan handuk yang digulung memanjang, terapis kemudian mencotohkan cara untuk melatih gerakan *downward* dengan melakukan gerakan seperti mengeringkan punggung dengan handuk. Pasien lalu diminta untuk mengikuti dan melakukan gerakan tersebut secara aktif mulai dari kekuatan minimal hingga kekuatan optimal pasien.



Gambar 3.4 Latihan *Scapulo Humeral Rhythm*

Short Term Goal 5 : Pasien mampu menggunakan beha secara mandiri dalam waktu 2 kali pertemuan

Terapis memposisikan pasien dalam posisi duduk tanpa sandaran dan menginstruksikan pasien untuk duduk tegap. Terapis melatih *Scapulo Humeral Rhythm* (SHR) secara aktif agar glenohumeral bisa bergerak dengan lebih fleksibel terhadap skapula.

Terapis melakukan mobilisasi aktif dan *strengthening* otot-otot stabilisasi skapula dan *rotator cuff*. Terapis menyiapkan beha, lalu meminta pasien untuk menggunakannya yang dimulai dengan memasukan tangan kanan ke lubang lengan kanan beha dan tangan kiri ke lubang lengan kiri beha. Terapis memberikan stabilisasi pada bahu yang sehat untuk mencegah terjadinya kompensasi. Terapis menginstruksikan pasien untuk melakukan gerakan retraksi disusuli dengan gerakan internal rotasi untuk meraih kaitan beha pasien dan mendekatkan kedua kaitan beha. Terapis kemudian menginstruksikan pasien untuk melakukan gerakan rotasi *downward* skapula dan adduksi untuk mengaitkan kaitan beha.

Home Program

Pasien tidur dengan posisi miring ke sisi yang sehat dan menghindari posisi tidur menggantung dari tangan dan kaki sisi yang sakit. Melakukan latihan pernapasan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Latihan memindahkan benda dari sisi yang sakit ke sisi yang sehat menggunakan tangan yang sehat dengan tangan yang sakit menumpu pada permukaan meja atau kursi yang sejajar dengan posisi duduk pasien. Latihan gerakan mengeringkan punggung menggunakan handuk dengan kedua tangan memegang handuk secara diagonal, tangan sehat memegang ujung atas handuk dan tangan yang sakit memegang ujung bawah handuk. Setelah dilakukan penatalaksanaan Okupasi Terapi, dengan *Long Term Goal* (LTG) Pasien mampu menggunakan beha secara mandiri dalam waktu 10 kali pertemuan. Dalam mencapai tujuan Okupasi Terapi pada kasus Ny. R dengan *stroke hemiparesis Sinistra* dalam aktivitas memakai beha menggunakan Konsep Bobath di klinik sasana husada, dengan mencapai beberapa STG sebagai berikut :

Pasien mampu mempertahankan postur tubuh tegap selama duduk. Pasien mampu melakukan gerakan retraksi untuk menggerakkan tangan ke belakang saat meraih kaitan beha. Pasien mampu melakukan gerakan internal rotasi untuk mendekatkan kedua ujung kaitan beha. Pasien mampu melakukan gerakan rotasi *downward* skapula untuk mengaitkan beha. Pasien mampu menggunakan beha secara mandiri.

Dengan menggunakan instrument penunjang *Functional Independence Measurement* (FIM) dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.6 Hasil Pengkajian FIM

Tanggal	12/03/16	16/04/16	15/05/16	23/05/16
SELF CARE				
Berpakaian tubuh (menggunakan beha) bagian atas	3	3	2	2

Keterangan :

- 7 : Mandiri tanpa modifikasi/alat bantu
- 6 : Mandiri dengan modifikasi/alat bantu
- 5 : Perlu supervisi
- 4 : Bantuan minimal (subyek = 75%)
- 3 : Bantuan sedang (subyek = 50%)
- 2 : Bantuan maksimal (subyek = 25 %)
- 1 : Bantua penuh (subyek = 0%)

Dari hasil pengkajian FIM menunjukan bahwa Ny. R belum mampu menggunakan beha secara mandiri yang ditunjukkan dengan adanya penurunan skor pada pengkajian FIM dari nilai 3 (membutuhkan bantuan sedang) menjadi 2 (membutuhkan bantuan maksimal) dikarenakan kondisi pasien akibat fraktur pada area *hip*.

PENUTUP

KESIMPULAN

Berdasarkan observasi dan asesmen yang dilakukan didapatkan hasil bahwa Ny. R mengalami Kesulitan saat melakukan retraksi skapula secara optimal, rotasi *downward* scapula, serta gerakan abduksi dan internal rotasi dari gerakan bahu, Ny. R juga belum optimal dalam melakukan gerakan *grasp* dan *pinch*. Saat melakukan aktivitas terapi, sering terlihat adanya pergerakan kompensasi yang timbul dari gerakan Ny. R. Dalam melakukan AKS seperti menggunakan beha, mandi, mengikat rambut dan lain-lain Ny. R masih sering mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan orang lain. Produktifitas Ny. R juga terganggu karena tidak dapat melakukan aktivitas manajemen rumah secara mandiri, Ny. R juga tidak bisa mengikuti pengajian seperti yang sering dilakukannya sebelum sakit. Ny. R juga terganggu dalam aktivitas *leisure* terutama untuk mengunjungi kerabatnya.

SARAN

Intervensi yang dilakukan sebanyak 8 kali dengan melakukan pengkajian FIM didapat hasil

bahwa Ny. R belum mampu menggunakan beha secara mandiri yang ditunjukkan dengan adanya penurunan skor pada pengkajian FIM dari nilai 3 (membutuhkan bantuan sedang) menjadi 2 (membutuhkan bantuan maksimal) dikarenakan kondisi pasien akibat fraktur pada area *hip*.

DAFTAR PUSTAKA

- AOTA. (2014). *Classification Codes for Continuing Education Activities*. The American Occupation Therapy Association, Inc.
- Canavan, M., McGrath, E., O'Donnel, M. (2013). *Hematolog: Basic Principle and Practice* (Chapter 14). Halaman 2067-2075. Philadelphia.
- Crocco, TJ., Goldstein, JN. (2014). *Emergency Medicine* (Chapter 101). Halaman 1363-1374. Philadelphia.
- Heidi McHugh Pendleton & Winifred Schultz-Krohn. (2011). *Pedretti's Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction Seventh Edition: Cerebrovascular Accident/Stroke* (Chapter 33). Halaman 844
- Indonesia Sehat. (2012). *Buku Panduan Kesehatan Nasional Ke-48 Ibu Selamat Anak Sehat*. Jakarta.
- InfoDATIN Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Situasi dan Analisis Lanjut Usia*. Jakarta Selatan.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 76 tahun 2014 Pasal 1 ayat 2.
- Khomarun, Mutaqin WR., Wahyuni ES. (2012). *Aktivitas Bilateral dan Unilateral pada Kemampuan Okupasi Pasien Pasca Stroke*. Kementerian Kesehatan Surakarta Jurusan Okupasi Terapi
- National Stroke Association. (2006). *Muscle Weakness After Stroke: Hemiparesis*. Northstar Neuroscience. www.northstarneuro.com.
- Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. (2008). *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta
- Reed, K. L. (2001). *Quick Reference to Occupational Therapy Second Edition*. Halaman 270.
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Penyakit Tidak Menular : Stroke*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Stroke Association. (2012, September). 2 Mei 2016. Stroke.org.uk.
- Susan, H., Barbara, Saboris-Chafee., Jane, O'brien. (2012). *Introduction to Occupational Therapy: The Occupational Therapy Field*. St. Louis.

- Susan, H., Barbara, Saboris-Chafee., Jane, O'brien. (2014). . *Occupational Therapy Practice Framework : Domain & Process 3rd Edition*. American Occupational Therapy Association.
- WFOT. (2012). *Definition of Occupational Therapy*. www.wfot.org. Diakses pada 18 Maret 2016.
- Wiley, John & Sons. (2009). *Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*. United Kingdom: Wiley-Blackwell
- Wiley, John & Sons. (2010). *Occupational Therapy and Stroke* (2nd ed.). United Kingdom: Wiley-Blackwell
- Yulistara, A. (2013, Mei). Liputan Khusus Bra : *Tak Hanya Lindungi Payudara, Ini Daftar Manfaat dari Memakai Bra*. 15 Mei 2016. Wolipop.detik.com.